

Membership Application

練武館鎌倉道場

〒247-0066 神奈川県鎌倉市山崎 616-6 「鎌倉武道館」

Tel: 080-6545-3413 E-mail: david@renbukan.org



Name:

氏名

ローマ字

Sex: (M男) (F女)

D.O.B.: _____(Y年)____(M月)____(D日)

生年月日

Age: _____

年

Address: (〒 _____)

住所

Telephone:

電話番号

E-mail:

Emergency Contact Name:

緊急連絡先

Telephone:

電話番号

Previous Martial Arts Experience:

武道履歴

入会金 5000円
月謝(2ヶ月分) 9720円
スポーツ保険

Do you suffer from any medical conditions that may affect your training?

トレーニングを妨げる病状をお持ちですか。

Asthma ☐

喘息

High/Low Blood Pressure ☐

高・低血圧

Diabetes ☐

糖尿病

Depression ☐

うつ病

ADD/ADHD ☐

注意欠陥障害
多動性障害

Others ☐ (_____)

その他

※入門者は自動的にスポーツ安全保険に加入されます。

有効期限は4月1日より翌年3月末日までとなっております。

(大人: 1850円・子供: 800円)

スポーツ安全保険協会

What is motivating you to undertake martial arts training?

武道トレーニングをはじめる目的は何ですか。

How did you hear about Renbukan?

練武館をどのように知りましたか。

Agreement, Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability

武道は時には怪我等をしてしまうスポーツであることをご了承ください。会員の稽古中及びその往復の事故・怪我については、スポーツ保険に加入するなど個人で負担頂き、練武館は(その先生方と仲間を含む)責任を負いません。また、会員の同伴者の事故などが発生した時は、それが練武館の責任の範疇にない場合は、会員または同伴者に責任を負っていただく場合があります。すべての怪我、事故に関しては館長に速やかな報告、治療をお願いします。

Applicant / Guardian Signature

署名

_____ (印)

20.....(Y年).....(M月).....(D日)

